

The Application is a translation into English of the original Application in Danish.
In case of discrepancies between the English and Danish versions of the Application, the Danish version of 'Forsikring ved visse kritiske sygdomme, 7878-2 April 2019 shall apply

Insurance for certain critical illnesses

Insurance terms 7878-3 January 2021

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
DK-2750 Ballerup
Tel. +45 44 68 33 11

www.topdanmark.dk

Contents

Right of cancellation.....	2
Personal information, etc.	2
1 Introduction to the terms of insurance	3
2 Sum insured.....	3
3 Cover	3
4 General limitations	13
5 Notification of certain critical illnesses	13
6 Payment of benefits	13
7 Premium	14
8 Premium exemptions	15
9 Termination and change in the terms of insurance	15
10 Entry into effect	15
11 Termination.....	16
12 Contractual basis	16
13 Misrepresentation	16
14 Conditions of availability.....	17
15 Limitation	17
16 Duty of confidentiality	17
17 Governing law and supervision	17
18 Complaints procedure	17
19 Glossary.....	19

Right of cancellation

Information on the right of cancellation on the establishment (taking out) of voluntary insurance agreements. Amendments, if any, are not covered by the right of cancellation.

You have a 30-day period in which you may cancel this agreement. The cancellation period commences as of the date you receive documentation for the insurance agreement in the form of an insurance certificate, showing your cover, the date expiry of the insurance agreement, etc. However, the earliest date from which the cancellation period starts is the date on which you receive notification that the insurance has been established. If, for instance, you receive the documentation on Monday the 1st of a given month and have received the above information, you have a right to cancel the insurance up to and including Wednesday the 31st of that month. If the cancellation period expires on a public holiday, Saturday, Constitution Day (5 June), Christmas Eve (24 December) or New Year's Eve (31 December), you have until the following business day to exercise your right to cancel the policy.

If you wish to exercise your right to cancel the insurance, please notify us at the following address:

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
DK-2750 Ballerup

Personal information, etc.

As a customer, you have the right to view any information that we hold about you. This includes your name, address, CPR no. (civil reg. no.) or information about your insurance policies. If you wish to see this information, please write to us at the following address:

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
DK-2750 Ballerup

If you do not wish to receive promotional material from us in future, please notify us accordingly at the same address. We have to inform you that information about your customer relationship will be recorded centrally at Topdanmark.

1 Introduction to the terms of insurance

(1) These terms of insurance apply to the insurance for certain critical illnesses by Topdanmark Livsforsikring A/S, hereinafter referred to as Topdanmark.

(2) What kind of insurance you have is stated in your insurance certificate or schedule of cover. Some sections of the terms of insurance are general and apply to all and some sections are specific to the respective customer type. If, for example, you have private insurance, then the general sections apply along with the sections that are specifically addressed at our private customers.

The items of insurance apply to the following insurance policies:

- Insurance for certain critical illnesses - Private
- Insurance for certain critical illnesses - Company
- Insurance for certain critical illnesses - Children
- s - Company
- Insurance for certain critical illnesses via agents

Specifically for insurance for certain critical illnesses – Children – Company

(4) This insurance cover is derived from the underlying agreement with Topdanmark. No insurance certificate or schedule of cover is issued for this type of cover.

Specifically for insurance for certain critical illnesses – Company and Agents

(5) To be covered by Insurance for certain critical illnesses - Company or Insurance for certain critical illnesses - Agents, it is required that you are employed by a company or a member or customer of an association, organisation or partner which has entered into an agreement with Topdanmark Insurance for certain critical illnesses.

2 Sum insured

(1) The amount to be paid on diagnosis of certain critical illnesses is stated on the insurance certificate or schedule of cover.

(2) The sum insured is determined according to the insurance certificate or the schedule of cover.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Children – Company

(3) The amount to be paid on diagnosis of certain critical illnesses is stated in the agreement with Topdanmark.

3 Cover

(1) In the schedule of cover below, we have described which diagnoses are covered by Insurance for certain critical illnesses. A diagnosis means the diseases or conditions described in sections A-Æ in the below schedule of cover. Diagnoses that are not described in the schedule of cover or that do not fulfil the conditions, do not justify a payment.

(2) A critical illness is not covered by the policy unless it is described in the schedule of cover and diagnosed during the period of cover. The diagnosis must be made no earlier than 3 months after the effective date, unless otherwise stated in the insurance certificate or schedule of cover. It is the date of diagnosis that is definitive and not the date on which the insured becomes aware of the diagnosis.

(3) The insured is not covered if he/she receives a diagnosis during the insured period, which was also received before the insured period. This means that if, for example, you are diagnosed with cancer (e.g. lung cancer) before the insured period, you are not covered for any type of cancer diagnosis (e.g. colon cancer) during the insured period - see (4) below. If you are diagnosed in accordance with section A of schedule of cover, this is not covered by the policy if you were diagnosed before the insured period in accordance with section B of the schedule of cover or vice versa.

(4) However, if the insured was diagnosed with cancer before the start of the insured period, and if at least 10 years has lapsed since cancer was previously diagnosed, there will be an entitlement to payment if a cancer is again diagnosed during the insured period. This is subject to the condition that no relapse (recurrence) was diagnosed within the said period of at least 10 years.

(5) No more than one payment may be made per diagnosis. This means that if, for example, you have been paid for the diagnosis of cancer (see Section A of the schedule of cover) due to lung cancer and later you get colorectal cancer, for example, you will not be eligible for payment for colorectal cancer, as it falls under the diagnosis of cancer. A payment cannot be made for a cancer diagnosis according to section A of the schedule of cover if a payment has been made for a cancer diagnosis as per section B of the schedule of cover or vice versa.

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
A	Cancer, leukaemia and lymphomas – with the exception of less aggressive forms	<p>A virulent (malignant) growth (tumour) diagnosed histologically and characterized by the uncontrolled growth of malignant cells, with a tendency to infiltrate surrounding tissues, to local recurrence and to spread to regional lymph nodes and other organs (metastasization).</p> <p>Melanoma stages 1-4 (malignant melanoma) are covered.</p> <p>Prostate cancer is only covered if it is histologically classified with a Gleason score of 6 or more, or with clinical spread corresponding to at least T₂NoMo.</p>	The diagnosis must be based on histological or cytological examination of the removed tumour or a biopsy thereof assessed by a specialist in cell and tissue studies (pathological anatomy).	<p>a. Tumours classified as pre-malignant, non-invasive, carcinoma in situ, borderline or as having a low potential for malignancy (regardless of chosen treatment)</p> <p>b. All types of skin cancer, including lymphoma of the skin other than melanoma stages 1-4 (malignant melanoma)</p> <p>c. Bladder papillomas</p> <p>d. Tumours arising in the course of HIV infection, including Kaposi's sarcoma</p> <p>e. Prostate cancer with a Gleason score of 5 or lower</p>	The cover is based on the assumption that no payment has been made under section B of the schedule of cover, and that no diagnosis is made during the insured period as mentioned in section B of the schedule of cover, also see item 3 (4).
B	Cancer of the blood and blood-forming organs – with the exception of less aggressive forms	<p>Virulent (malignant) diseases occurring in blood, lymph or hematopoietic bone marrow cells, characterized by an atypical blood count with uncontrolled growth of blood cells and a tendency to progression and recurrence.</p> <p>The cover extends to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute leukaemia, chronic leukaemia (CML) in accelerated phase or blast crisis and chronic lymphocytic leukaemia requiring treatment (CLL) • Hodgkin's lymphoma stages II to IV, non-Hodgkin's lymphoma stages II to IV and 		Chronic lymphocytic leukaemia stages I and II, Hodgkin's lymphoma stage I along with all preleukemic forms and precursors to leukaemia (including myeloproliferative and myelodysplastic diseases).	The cover is based on the assumption that no payment has been made under section A of the schedule of cover, and that no diagnosis is made during the insured period as per section A of the schedule of cover, also see item 3 (4).

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
		<p>Burkitt's lymphoma (all stages)</p> <ul style="list-style-type: none"> • High-risk myelodysplastic syndrome (MDS) and chronic myelomonocytic leukaemia (CMML) type 2 • Myelomatosis/solitary myeloma requiring treatment • Essential thrombocytosis • Polycythemia vera • Myelofibrosis 			
C	Certain benign tumours of the brain or spinal cord with aggressive course (requiring surgery) and with permanent consequences	<p>A benign growth (tumour) occurring in and removed from the brain, brain stem, spinal cord or membranes of these organs (central nervous system) that after surgery leaves significant neurological sequelae (dysfunction) and reduced mobility of at least 15%, as assessed by the Board of Industrial Injuries (ASK) table.</p> <p>Cover also includes cases where surgery is not feasible for technical reasons, if the other criteria are met, namely that the tumour has caused significant neurological sequelae and reduced mobility of at least 15% (ASK table).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cysts or granulomas • Pituitary adenomas • Acoustic neurinomas (schwannomas) 	The insured amount is not paid out until the sequelae have been assessed as fairly stable, i.e. no earlier than 3 months after diagnosis or surgery.
D	Major heart attack (acute myocardial infarction (AMI)) of severe grade	An acute necrosis of part of the heart muscle due to sudden cessation of blood supply to that part of the heart.	<p>The diagnosis must be clear and unambiguous for acute myocardial infarction (AMI = heart attack) type 1 from a typical rise and/or fall in cardiac biomarkers (preferably troponin) with at least one value clearly diagnostically elevated as well as evidence of AMI with at least two of the following criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> Symptoms of myocardial ischemia (sudden persistent chest pain) ECG changes that are suggestive of new-onset ischemia (new 	AMI occurring in connection with PCI (angioplasty) or CABG (bypass surgery) are not covered.	<p>Diagnosis of heart attack (acute myocardial infarction (AMI)) (D) within the insured period or payment as a result of this diagnosis during the insured period excludes subsequent payment due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blood clots and heart attack (acute myocardial infarction (AMI)) (D) • Angioplasty due to severe atherosclerosis in the coronary arteries (by-pass operation (CABG) or PCI treatment) (E) • Chronic heart failure

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
			<p>ST-T changes, new left bundle branch block) or the development of pathological Q waves in the ECG.</p> <p>c. Imaging evidence (echocardiography, myoscintigraphy or MRI) for further loss of heart muscle/regional dyskinesia</p> <p>The diagnosis must be made in a hospital or by a cardiologist.</p>		<p>with severe symptoms and functional disability (F)</p> <ul style="list-style-type: none"> Life-threatening rhythm disturbances with implantation of ICD device (H)
E	Angioplasty due to severe atherosclerosis in the coronary arteries (bypass operation (CABG) or PCI treatment)	<p>A revascularizing treatment of coronary atherosclerosis in the form of:</p> <p>a. Implemented or planned PCI treatment in one or more of the coronary arteries, which cannot be treated satisfactorily by medical means, or</p> <p>b. Implemented or planned open-heart bypass operation (CABG) in one or more of the coronary arteries</p>			<p>For planned surgery, the insured will have to be admitted to a waiting list for this diagnosis.</p> <p>Angioplasty performed due to severe atherosclerosis in the coronary arteries (bypass operation (CABG) or PCI treatment) (E) within the insured period or payment in relation to this diagnosis during the insured period excludes subsequent payment in relation to:</p> <ul style="list-style-type: none"> Blood clots and heart attack (acute myocardial infarction (AMI)) (D) Angioplasty due to severe atherosclerosis in the coronary arteries (bypass operation (CABG) or PCI treatment) (E) Chronic heart failure with severe symptoms and functional disability (F) Life-threatening rhythm disturbances with implantation of ICD device (H)
F	Chronic heart failure with severe symptoms at rest and disabilities	A state with chronically reduced ejection fraction (EF) of the left ventricle of 30% or less, with functional limitation at rest (e.g. dyspnea, fatigue, palpitations) and exacerbated by any kind of activity (cf. New York Heart Association's classi-	The diagnosis must be made by a cardiological department.		<p>The cover implies that:</p> <ul style="list-style-type: none"> the effects have been present, in spite of adequate treatment for more than 6 months, or the implantation of a cardioverter defibrillator (ICD device) has been performed

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
		fication NYHA class III or IV).			
G	Valvular heart disease requiring surgery	Planned or performed heart surgery for valvular heart disease (narrowing or leakage) with implantation of mechanical or biological valve prostheses and performance of homografting or repair of the valve with plastic implant.			For planned surgery, the insured will have to be admitted to a waiting list for this diagnosis.
H	Life-threatening rhythm disturbances with implantation of ICD device (pacemaker)	A planned or implemented implantation of implantable cardioverter defibrillator (ICD) because of previous life-threatening heart rhythm disorders.			For planned surgery, the insured will have to be admitted to a waiting list for this diagnosis.
I	Severe disease of the main artery (aorta)	A rupture or local dilatation of the aorta (aneurysm) up to approx. 5 cm in diameter, and occlusion of the aorta or an aortic dissection with rupture of the aorta inner layer and bleeding into the aortic wall.	The diagnosis of aneurysm or dissection must be made by MRI or aortography, and an ultrasound examination, an echocardiogram or CT scan of the abdomen.		The term aorta includes the thoracic and abdominal aorta but not its branches.
J	Stroke or cerebrovascular accident (apoplexy) with lasting consequences	Suddenly occurring damage to the brain or brain stem with simultaneous onset of objective neurological symptoms lasting more than 24 hours due to either: a. A spontaneous or traumatic hematoma occurring in the brain, or between the cerebral membranes as a consequence of a ruptured blood vessel or a congenital defect of the brain blood vessels, or b. A narrowing or occlusion of an artery in the brain due to a thrombosis or embolism, where this event has led to permanent consequences in terms of neurological deficits corresponding to the brain damage revealed	Diagnosis must be made at a neurological or neurosurgical department, or be certified by a neurologist, and other causes for the neurological sequelae must be excluded.	<ul style="list-style-type: none"> • Transient cerebral ischemia (TCI)/transient ischemic attack (TIA) • Previous brain infarction revealed by brain scan (CT/MR) • Thrombosis or bleeding in the peripheral portion of the nervous tissue, i.e. outside the brain (e.g. eyes, ears, pituitary gland) 	

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
		<p>by brain scans (CT/MRI).</p> <p>Cover may also extend to a blood clot in the brain, in cases where no scan has been performed or where a scan shows no signs, if all the classic signs of stroke are met, and there are persistent neurological sequelae (assessed after 3 months at the earliest) corresponding to brain damage in the form of paralysis, difficulty in walking, disorders of feeling, sight, speech, coordination or consciousness.</p>			
K	Saccular distension of the brain arteries (aneurysm) or vascular malformation inside the skull (AV malformation) requiring surgery	<p>A planned or implemented surgery for a defect in the brain vessels in the form of one or more saccular distensions of the brain's arteries or arteriovenous blood vessel malformations (including cavernous hemangioma) which has been demonstrated by X-ray of the brain arteries (angiography) or by CT/MRI scan.</p> <p>The cover also includes cases where there is an indication for surgery, but the operation cannot be carried out for technical reasons.</p>	The diagnosis must be made by a neurological or neurosurgical department or confirmed by a neurologist.		For planned surgery, the insured will have to be admitted to a waiting list for this diagnosis.
L	Encephalitis or meningitis (including TBE and Lyme disease) causing severe neurological sequelae.	An infection of the brain, brain nerve roots or meninges, caused by bacteria, viruses, fungi, etc., which has led to persistent neurological sequelae, corresponding to a degree of disability of 15% or more according to the National Board of Industrial Injuries table as evaluated by a neurological specialist.	<p>The diagnosis must be made by a neurological or infectious diseases department on the basis of:</p> <ol style="list-style-type: none"> detection of microbes in the spinal fluid, or a spinal cord fluid examination revealing a significant inflammatory response (pleocytosis), with elevated white blood cell count, possibly supplemented by MR-/CT-scan. 		

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
			<p>In neuroborreliosis due to tick bites the diagnosis must be made on the basis of spinal fluid studies with borrelia-specific antibodies in serum and CSF (IgG, IgM).</p> <p>With Tick-Borne Encephalitis (TBE), the diagnosis must be confirmed by detection of virus antibodies in serum and CSF.</p>		
M	Creutzfeldt-Jakob disease	A progressive degenerative sickness of the central nervous system, caused by prions.	<p>The diagnosis must be made by the relevant hospital department on the basis of:</p> <ol style="list-style-type: none"> Typical clinical symptoms (with progressive dementia, impaired coordination, impaired vision, impaired speech ability, stiffness etc.). Changes in EEG, CT and MRI along with Laboratory studies of spinal fluid, highly elevated total tau protein without changes of Alzheimer's markers and prion markers (including PrP mutations, 14-3-3 protein, neuron-specific enolase etc.) 		
N	Severe pulmonary embolism – surgically treated	A completed revascularizing treatment in one or more central pulmonary arteries due to pulmonary embolism, which has resulted in chronic pulmonary hypertension and cannot be satisfactorily treated medically.	The diagnosis must be made on the basis of typical symptoms (WHO functional class III-IV and changes localized sufficiently centrally in the pulmonary circulation on CT scan with contrast, pulmonary angiography and possibly echocardiography (with signs of right-sided pressure loading)).		
O	Primary idiopathic Parkinson's disease (paralysis agitans, shaking palsy) with persistent symptoms	A chronic disease characterized by persistent, increased muscle stiffness (rigidity), shaking (tremors) and reduction of spontaneous movements (oligokinesia).	<p>The diagnosis must be made by a neurologist and cover requires the presence of the main symptom:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bradykinesia / hypokinesia / akinesia (slowness) <p>And one of the following symptoms:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atypical parkinsonism (Parkinson-plus) Secondary parkinsonism 	

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
			<ul style="list-style-type: none"> • Rigidity (stiffness of muscles) • Tremor (shaking) 		
P	Multiple sclerosis (MS) (disseminated sclerosis (DS))	<p>A chronic disease of the central nervous system manifested by</p> <ul style="list-style-type: none"> • two or more (repeated) clearly defined episodes of neurological deficiency symptoms of various parts of the nervous system, followed by complete or partial remission, or • An attack with a clear progressive course <p>Cover may also be extended to cases where there has been no MRI or where the MRI has not detected any clear changes in the brain's white matter, if there have been two or more attacks with clear clinical signs of multiple sclerosis combined with findings of oligoclonal bands in the CSF (cerebrospinal fluid), prolonged latency of VEP (visual evoked potentials) or elevated IgG in the CSF.</p>	The diagnosis must be made by a neurologist and be confirmed by the detection of several typical changes (plaques) in the brain's white matter in an MRI scan.	Cases only with optic nerve deficiency (optic neuritis).	
Q	Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) or other similar non-hereditary motor neuron disease (MND) with persistent and progressive symptoms	A chronic disease caused by progressive deterioration of the nervous system motor cells in the spinal cord, brain stem and brain, causing paralysis, muscular atrophy and spasticity.	The diagnosis must be made by a neurologist according to the El Escorial criteria with lower motor neuron symptoms (LMN) and upper motor neuron symptoms (UMN) in at least three regions as well as progression of symptoms and abnormal findings on electromyography (EMG) in clinically normal muscle.	Hereditary MND, including SMA (spinal muscular atrophy).	
R	Myasthenia gravis – with persistent symptoms despite treatment	An autoimmune neuromuscular disease characterized by muscle weakness and rapid fatigue.	<p>The diagnosis must be made at a department of neurology or by a neurologist and be confirmed by at least two of the following examinations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EMG showing defective neuromuscular transmission • Acetylcholine receptor (AChR) antibodies, anti-MuSK or an- 		

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
			ti-Titin antibodies in the blood <ul style="list-style-type: none"> • Clear treatment response to appropriate medical treatment 		
S	Muscular dystrophy (myopathy and neuropathy) - with continuous progressive symptoms	A clearly diagnosed, recognized hereditary muscular dystrophy characterised by progressive loss of muscle mass and strength (e.g. Duchenne muscular dystrophy, Becker muscular dystrophy, Limb Girdle muscular dystrophy (LGMD), facio-scapulothoracic muscular dystrophy (FSHD), oculopharyngeal muscular dystrophy (OPMD) or myotonic dystrophy.	The diagnosis must be made by a neurological department.		
T	HIV infection by blood transfusion or occupational disease	An infection with HIV as a consequence of: <ol style="list-style-type: none"> A blood transfusion or other medical treatment received after the start of the insured period, where the insured is entitled to reimbursement from the Danish Health and Medicines Authority (SST). A work-related injury or infection exposure of mucous membranes during the performance of the insured's occupation after commencement of the insured period. 			Cover is contingent on the incident being reported as a work-related injury, and that a HIV test is performed with a negative result within the first week after infection exposure, followed by a positive HIV test within the next 12 months.
U	AIDS	An acquired immune deficiency syndrome due to infection with HIV acquired after the start of the insured period.	Cover is subject to the condition that it can be shown that the insured was infected during the insured period, and that diagnosis was made in an infectious diseases department, according to the SST-criteria for notifiable AIDS.		
V	Chronic renal failure requiring permanent dialysis	A state with bilateral kidney failure, where both kidneys chronically and irreversibly ceased to			For planned transplant surgery, the insured will have to be admitted to a waiting list for this diag-

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
	or transplantation	function and with the need for permanent dialysis or kidney transplantation.			nosis.
W	Major organ transplants	A planned or implemented transplant of the heart, lungs, liver, pancreas, heart-lungs or heart-lungs-liver because of organ failure of the insured. The cover also includes complete transplant with stem cells / bone marrow from another individual (allergenic bone marrow transplantation).		The cover does not include transplants of other organs, parts of organs, tissues or cells. The cover does not include bone marrow transplants, stem cell / bone marrow from the insured him-/herself (autologous bone marrow transplantation).	For planned transplant surgery, the insured will have to be admitted to a waiting list for this diagnosis. Cover for bone marrow transplantation requires that no payment has been made under section B of the schedule of cover.
X	Effective blindness	A permanent and irreversible loss of vision in both eyes, where the visual acuity in the best eye is 1/60 (0.01666) or less or there is tunnel vision with visual field constriction to less than 10%.	Diagnosis must be made by an eye specialist.		
Y	Total deafness	A total permanent and irreversible hearing loss in both ears, with a hearing threshold of 100 dB or more at all frequencies.	The diagnosis must be made by an ear specialist.		
Z	Major burns	Burns (including frostbite and cauterization) of the third degree, which covers at least 20% of the insured's body surface area.	The diagnosis must be indicated in the medical records from the burns unit.		
Æ	Terminal illness (all diagnoses not included under A-Z in this cover schedule, where maximum survival is 1 year)	Terminal illness means an advanced or rapidly developing incurable disease where maximum life expectancy despite medical treatment is 12 months.	The assessment must be performed by a medical specialist in the relevant specialty. The medical specialist must work in Denmark, must be approved by the SST and must not only be a specialist in general medicine. The medical specialist must sign a declaration drawn up by Topdanmark, and Topdanmark's medical consultant must approve the payment. The declaration must be supplemented by medical records, documenting that the disease is considered to be terminal. The		The terminal illness must not be a result of: a. an accident (see glossary) b. a disease that has resulted or will result in payment under points A-Z in this cover schedule or diseases caused by medical treatment of the former, or c. infections or epidemics. Payment can only be made after all medical advice in relation to the

	Illness	What do we cover?	What are the requirements for a diagnosis?	What do we not cover?	Other cover limitations?
			12 months are counted from the date of completion of the declaration.		<p>covered disease has been followed.</p> <p>The insurance expires on the 1st of the month following the payment due to terminal illness.</p> <p>For policies established before 1 January 2007 payment can only be made for terminal illness if the insured accepts that the policy will close after the payment.</p>

4 General limitations

- (1) The insurance cover lapses in the event of a state of war, civil unrest, riots or other hazards with similar effects on Danish territory. Forsikring og Pension shall, in consultation with the authorities, decide whether the said condition shall be deemed to have occurred and, if so, the dates from which the commencement and end of the increase in risk should be counted.
- (2) Outside Danish territory, the policy does not cover insurable events, which are a result of active participation in war, rebellion or similar.
- (3) Critical illness that occurs as a result of terrorism (see definition in item 20) is not covered.

5 Notification of certain critical illnesses

- (1) As soon as possible after having been diagnosed with one of the critical illnesses named in item 3, the insured shall notify Topdanmark thereof in writing.
- (2) If the insured dies, the right to compensation for the critical disease shall lapse, unless the insured declared a covered critical illness to Topdanmark before his death and satisfied the conditions for payment at that time.
- (3) If the insurance contract lapses due to termination or for other reasons, a written request for payment on the basis of a diagnosis made before its lapse must be presented to Topdanmark within 6 months of the insurance contract or insurance cover ending. If written notification has not been given, the entitlement to payment of the insured amount for certain critical diseases that are not notified in writing shall lapse.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Children– Company

- (4) For Insurance for certain critical illnesses – Children - Company, the policyholder (custodian) must submit the claim under items 1-3 above.

6 Payment of benefits

- (1) Before benefits can be paid out, documentary evidence of the diagnosis must be submitted.
- (2) The insured is obliged to provide the information that Topdanmark considers necessary for the calculation of the benefit liabilities, including giving permission to Topdanmark to obtain medical information. Otherwise, the insured foregoes the right to receive benefits.
- (3) The insured amount is paid out to the insured. The payment includes the insured amount in effect on the date on which the illness was diagnosed or in relation to terminal illness (see

section Æ of the schedule of cover in item 3) on the date on which disbursement requirements are met.

(4) If the insurance for certain critical illnesses is established in combination with a death cover, the payment for certain critical illnesses is offset against the death benefit if the insured dies within 3 months of the diagnosis being made, unless otherwise stated in the insurance contract, insurance certificate or schedule of cover- for Insurance for certain critical illnesses - Company, also see item 9.

(5) The insured amount for certain critical illnesses can be paid more than once for the same person, provided that the following 2 conditions are met:

- a. at least 6 months have lapsed between the diagnosis dates (the payment being made on acceptance on the waiting list, the 6-month period starting from first surgery performed) and
- b. the subsequent diagnosis does not fall under the diagnosis type(s) for which benefits were previously paid out. If, for example, you have previously received the payment due to lung cancer, and later you are diagnosed with another form of cancer such as breast cancer, you are not eligible for payment.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Children – Company

(6) The disclosure requirement in accordance with (2) applies to both the insured and the policyholder. Consent to disclosure of medical information must be given by the parent(s) holding custody of the child if the insured is under 18.

(7) Payment according to (3) will be made to the policyholder.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Company

(8) If the insurance for certain critical illnesses is established in combination with death benefit, the payment for certain critical illnesses is not offset against the death benefit, unless otherwise stated in the insurance contract, insurance certificate or schedule of cover.

7 Premium

(1) The premium is fixed for one year at a time on the basis of age and gender composition, claims history and the development of the scheme and the possible use of the premium adjustment account balance.

(2) The premium will be payable on the first day of premium payment period.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses via Agents

(3) A demand note for payment will be sent to the payment address specified. Topdanmark must be notified immediately if the payment address changes.

(4) If the first premium is not paid on demand (the demand note for payment), the insurance policy expires – and Topdanmark's liability ends, with effect from the effective date.

(5) If a subsequent premium is not paid on demand, Topdanmark will send a reminder. The reminder provides information that the insurance policy will expire if the premium is not paid within the time limit specified. Topdanmark reserves the right to charge late-payment interest or fees if it issues such reminders.

(6) If the policyholder has specified that the premium will be paid via BetalingsService (direct debit) or by a similar payment scheme and the premium remains unpaid on the due date, the provisions specified above will apply to the effect that – for the first premium – Topdanmark will send a demand notice in accordance with (4) and – for subsequent premiums – Topdanmark will send a reminder in accordance with (5).

(7) If the policy is taken out in the form of a group agreement, Topdanmark will charge the premium to the company, organisation or association as the policyholder. If the premium is not paid within the collection period, then cover under the policy will lapse from that date.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Company and Insurance for certain critical illnesses Children – Company

(8) If the insurance was established as part of an employment contract, the premium will be paid through the employer's pension contributions. If the insurance was established without being linked to a pension agreement, and if the employer is responsible for payment of the premium, Topdanmark will collect the premium from the employer. If the employer fails to pay the premium, the insurance will lapse.

8 Premium exemptions

(1) There shall be no waiver of premium for the cover provided under this policy unless this is provided for in the insurance contract, insurance certificate or schedule of cover.

9 Termination and change in the terms of insurance

(1) Topdanmark may change the conditions of insurance for existing policies. If the changes are to the detriment of the policyholder, the changes must be made with 1 month's written notice.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Agents

(2) If the insurance was established through an agent, the insurance is valid for one calendar year but is automatically continued for another calendar year, unless the policyholder or Topdanmark renounces it in writing. The policy will cease no later than the date specified in the insurance certificate.

(3) If the policy is established as a private scheme or via an agent, the policyholder may cancel the policy at any time. Termination will take effect on the 1st day of the month after Topdanmark has received notice of termination.

(4) If the insurance contract is taken out as a group scheme, the company, organisation or association as the policyholder may terminate the agreement in accordance with the signed insurance contract.

(5) If the insurance is established as a private scheme or via an agent, Topdanmark may cancel the policy with at least 1 month's notice to the end of a calendar year unless another period of notice has been agreed.

(6) If the insurance is established as a private scheme or via an agent, and the conditions of insurance are made more restrictive, the policyholder may cancel the policy at the time in writing at the date on which the change is to have entered into effect.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Children – Company

(7) As the insurance was established as part of an employment contract for the employee, the employee cannot terminate it on behalf of a child, including for reasons of amendments unless provision for such termination is made in the insurance contract.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Company

(8) If the policy is established as part of an employment contract for the employee, it cannot be terminated, including for reasons of amendments, unless provision for such termination is made in the insurance contract.

10 Entry into effect

(1) Establishment of the policy is subject to the provision of adequate risk information, including adequate information about the insured's state of health.

(2) If Topdanmark can offer insurance on the basis of the information supplied, the policy enters into effect on the 1st of the month in which the application was signed, unless a later effective date is agreed.

(3) If the policy has been established as a group scheme, the cover enters into effect for each group member on the date determined by the group insurance contract.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Children – Company

(4) Children under this scheme are covered from birth. See the definition of children under item 20.

11 Termination

(1) The insurance terminates on the date specified in the insurance contract, insurance certificate or schedule of cover.

(2) Moreover, the insurance terminates at the end of the month in which the agreed expiry age is achieved or in which the insured dies.

(3) The policy is terminated if premiums are not paid.

(4) If the company, which is the policyholder, withdraws from a group of insurance contract either by resignation of the company or by resignation of the association or organisation, which is the policyholder or because it no longer fulfils the conditions for cover by a group life contract, cover will lapse on the last day of the month in which the withdrawal occurs, unless otherwise agreed in the group life agreement.

(5) In any event, the policy terminates on the date on which the general insurance agreement for certain critical illnesses between the company, association, organisation or agent and Topdanmark terminates.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Children – Company

(6) The policy terminates on the date stated in the agreement. The policy also terminates if the employee is no longer covered by the company agreement under which cover for certain critical illnesses for children was established

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Company and Private

(7) For insurance contracts established as part of an employment contract on the basis of an agreement between an employer and Topdanmark, the insurance contract and thus Topdanmark's liability ceases 3 months after the date on which the employee resigns.

Specifically for Insurance for certain critical illnesses – Agents

(8) When membership or customer relationship with an agent that has a contract with Topdanmark ceases.

12 Contractual basis

(1) The insurance is established, increased, amended or put into effect on the basis of the information submitted in writing in an application or otherwise, including information on the insured's health status.

(2) As documentation of the contract, an insurance certificate or a schedule of cover is issued, see also point 1 (4). The contents of the agreement are set out in this notice, which is to be read in conjunction with the terms of insurance and any underlying written agreements.

(3) If the insured wishes to change his or her insurance during the term of the insurance policy, e.g. to increase the limit of cover or extend the age at which it expires, the policy will continue according to the insurance terms in force when the change is effected.

13 Misrepresentation

(1) If any information is withheld or false information is provided in connection with the establishment, modification or most recent entry into effect, this will have the consequences pursuant to the provisions of the Danish Insurance Contracts Act (FAL). Under current law, the following apply:

- a. If the insured makes fraudulent misrepresentations, the insurance cover is void.
- b. If the insured neither knew nor could have known that his statement was incorrect, full insurance cover is maintained.
- c. If the misrepresentations by the insured are not covered by points a or b, Topdanmark is liable only to the same extent as if the correct information had been available on the date on which the policy was established. This means that the insurance cover may lapse.

(2) If information is concealed or false information is provided by the policyholder, the insured's employer, a physician or other expert, this has the same effect as if the information was given by the insured.

14 Conditions of availability

(1) The policy may not be sold, pledged or otherwise be traded, and in the event of termination of the policy, it will have no value.

15 Limitation

(1) Claims for cover lapse 3 years after the insured obtained or should have obtained knowledge about his or her claim against the company. However, limitation will take effect no later than 10 years after the insurable event occurred.

16 Duty of confidentiality

(1) Information on the insurance relationship will be subject to confidentiality. Thus, no third parties will have access to this information.

17 Governing law and supervision

(1) This insurance agreement is governed by the general rules of Danish law on insurance agreements, and other Danish law, unless the terms of insurance specifically derogate from the latter.

(2) Topdanmark is subject to the supervision of the Danish Financial Supervisory Authority (FSA).

18 Complaints procedure

(1) In the event that the insured disagrees with or is dissatisfied with a decision made by Topdanmark, he or she may contact Topdanmark Livsforsikring's legal department in writing for a review of the decision. The following address should be used:

Topdanmark Livsforsikring
Life Compliance
DK-Borupvang 4
DK-2750 Ballerup

(2) If the insured still wishes to file a complaint about the decision made by the person responsible for complaints, he or she may file a complaint with the Danish Insurance Appeal Board (AFF). A complaint to the AFF does not require that the complainant has contacted the person responsible for complaints at Topdanmark, see (1) above. The address of the AFF is as follows:

The Danish Insurance Appeal Board
Anker Heegaards Gade 2
DK-1572 Copenhagen V
Tel. +45 33 15 89 00

(3) Complaints to the Danish Insurance Appeal Board must be filed using a special complaint form and are subject to a fee. If the Danish Insurance Appeal Board finds for the insured, in full or in part, if the complaint is rejected or if the complainant withdraws the complaint, the fee will be refunded to the complainant. If the insured is not satisfied with the decision of the Danish Insurance Appeal Board, the case may be brought before the ordinary Danish courts.

For further information please visit the Danish Insurance Appeal Board's website at www.ankeforsikring.dk (in Danish only).

If you require further information or have any questions or queries about your insurance policy, please feel free to call Topdanmark on +45 44 68 33 11. You can also find information on our website at www.topdanmark.dk

The website www.forsikringsluppen.dk provides general information on insurance and insurance matters. Forsikringsoplysningen (the Danish Insurance Information Service) is the joint information service of Danish insurers.

19 Glossary

This glossary with definitions forms part of the conditions of insurance.

Conditions of employment

For insurance contracts entered into as part of an employment on the basis of an agreement between the employer and Topdanmark, the employee is regarded as both the policyholder and the insured.

Children – Company

Children are defined as the employee's biological children and adopted children along with the spouse's or cohabiting partner's biological and adopted children.

It is a condition of cover of the spouse's/cohabiting partner's biological children and adopted children that the spouse/cohabiting partner and the child are living with the employee at the same residence on the date of diagnosis of the child's critical illness and has done so for at least 6 months prior to diagnosis.

Cover of the spouse's/cohabiting partner's children lapses in connection with separation or divorce.

Policyholder

The policyholder is the party entering into the agreement with Topdanmark. For insurance contracts entered into as part of an employment on the basis of an agreement between the employer and Topdanmark, the employee is regarded as the policyholder.

Insured

The insured is the person in respect to whose life or health the policy is established. For insurance contracts entered into as part of an employment contract on the basis of an agreement between the employer and Topdanmark, the employee is regarded as the insured.

Insurable event

The event that gives entitlement to payment of the cover.

Insured period

The insured period runs from the date on which the insurance commences until the expiry date or prior lapse of the policy.

Group agreement

A group agreement means an agreement between Topdanmark and a company, an organisation or an association (the policyholder), where the policy covers the employees, members or others. Persons covered under such a group agreement are referred to as group members.

Waiting period

A time period from the effective date of the policy, in which the policy provides no cover unless otherwise stated in the insurance certificate or schedule of cover.

Company – Child

Child cover established via a company agreement means that all the children of the employee are covered no matter how many children the employee has. It is not necessary that the children are enrolled in the scheme.

Terrorism

An act of terrorism is defined as an act tending or intended to intimidate a population or a segment of the population or to unduly compel authorities, organisations or businesses to perform or abstain from performing an act, or to destabilise or destroy the fundamental economic or social structure of a country, an organisation or a business.

Accidents

An accident means a sudden external event that causes personal injury. There must be a connection between the accident and the injury. This judgment is based, among other things, on whether the event is likely to cause personal injury.

Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Forskringsbetingelser 7878-3 januar 2021

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup
Telefon 44 68 33 11

www.topdanmark.dk

Indholdsfortegnelse

Fortrydelsesret	2
1 Introduktion til forskringsbetingelserne.....	3
2 Forskringssum.....	3
3 Dækning.....	3
4 Begrænsninger generelt	13
5 Anmeldelse af visse kritiske sygdomme	13
6 Udbetaling	13
7 Pris og betaling	14
8 Indbetalingsfritagelse	15
9 Opsigelse og ændring i forskringsbetingelser.....	15
10 Ikrafttræden	15
11 Ophør.....	15
12 Aftalegrundlag	16
13 Urigtige oplysninger	16
14 Rådighedsforhold	17
15 Forældelse	17
16 Tavshedspligt.....	17
17 Lovvalg og tilsyn.....	17
18 Klageadgang.....	17
19 Ordliste	18

Fortrydelsesret

Oplysning om fortrydelsesret ved etablering (nytegning) af frivillige forsikringsaftaler. Eventuelle ændringer er ikke omfattet af fortrydelsesretten.

Du kan fortryde din aftale i 30 dage. Vi regner fristen fra den dag, du modtager dokumentation for forsikringen i form af en aftale, der viser dækninger, udløbstidspunkt m.v. Fristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, hvor du har modtaget underretning om, at forsikringen er etableret. Hvis du fx modtager dokumentation mandag den 1. og har fået de nævnte oplysninger, kan du fortryde aftalen til og med onsdag d. 31. Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdagen (5. juni), juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente med at fortryde til den følgende hverdag.

Du skal give besked til:

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

1 Introduktion til forsikringsbetingelserne

Stk. 1. Disse forsikringsbetingelser gælder for Forsikring ved visse kritiske sygdomme oprettet i Topdanmark Livsforsikring A/S, i det følgende kaldet Topdanmark.

Stk. 2. Det fremgår af din aftale, hvilken forsikring du har. I forsikringsbetingelserne er der nogle afsnit, som er generelle og gælder for alle, samt nogle afsnit som er specifikke for den enkelte kundetype. Hvis du fx har en privat forsikring, gælder de generelle afsnit samt de afsnit, hvor der står noget særligt for vores privatkunder.

Forsikringsbetingelserne gælder for følgende forsikringer:

- Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Privat
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn - Firma
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme via samarbejdspartnere

Særligt for forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 4. Denne forsikringsdækning fremgår af den underliggende aftale med Topdanmark. Hvis forsikringen omfatter denne dækning, vil forsikringsdækningen fremgå af aftalen.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma og Samarbejdspartnere

Stk. 5. For at være dækket under Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Firma eller Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Samarbejdspartnere, er det et krav, at du er ansat i en virksomhed eller er medlem eller kunde hos en forening, organisation eller samarbejdspartner, der har indgået aftale med Topdanmark om Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

2 Forsikringssum

Stk. 1. Det beløb, der udbetales ved diagnosticering af visse kritiske sygdomme, fremgår af aftalen.

Stk. 2. Det fremgår af aftalen om forsikringssummen reguleres.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 3. Det beløb, der udbetales ved diagnosticering af visse kritiske sygdomme, fremgår af aftalen med Topdanmark.

3 Dækning

Stk. 1. I dækningsskemaet nedenfor har vi beskrevet, hvilke diagnoser Forsikring ved visse kritiske sygdomme dækker. Ved en diagnose forstås de sygdomme eller tilstande der er beskrevet i afsnit A-Æ i dækningsskemaet nedenfor. Diagnoser, der ikke er beskrevet i dækningsskemaet eller ikke opfylder kravene, berettiger ikke til udbetaling.

Stk. 2. En kritisk sygdom skal være beskrevet i dækningsskemaet samt være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen. Diagnosen skal dog stilles tidligst 3 måneder efter ikrafttrædelsesdatoen, medmindre andet fremgår af aftalen. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 3. Forsikringen dækker ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Det betyder, at hvis du eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx lungekræft) før forsikringstiden, er du ikke dækket for nogen form for kræftdiagnose (fx tarmkræft) i forsikringstiden – se dog stk. 4 nedenfor. Forsikringen dækker heller ikke, hvis du får stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, hvis du før forsikringstiden har fået stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet eller omvendt.

Stk. 4. For kræft gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det

er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

Stk. 5. Der kan ikke ske udbetaling mere end en gang pr. diagnose. Det betyder, at hvis du fx har fået udbetaling for diagnosen kræft (se afsnit A i dækningskemaet) pga. lungekræft og du senere får fx tarmkræft, så kan du ikke få udbetaling pga. tarmkræft, da det falder ind under diagnosen kræft. Der kan heller ikke ske udbetaling for en kræftdiagnose som nævnt i afsnit A i dækningskemaet, hvis der er sket udbetaling for en kræftdiagnose som nævnt i afsnit B i dækningskemaet eller omvendt.

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
A	Kræft, leukæmi og lymfomer – med undtagelse af mindre aggressive former	<p>En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).</p> <p>Modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom) er dækket.</p> <p>Prostatakræft er kun dækket, hvis den er histologisk klassificeret med en Gleason score på 6 eller derover eller med klinisk spredning svarende til mindst T₂NoMo.</p>	Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller en biopsi heraf, vurderet af en speciallæge i vævs- og celleundersøgelser (patologisk anatomi).	<p>a. Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling)</p> <p>b. Alle former for hudkræft inklusive lymfomer i hud bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom)</p> <p>c. Blærepapillomer</p> <p>d. Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Karposi's sarkom</p> <p>e. Prostatakræft med en Gleason score på 5 eller derunder</p>	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit B i dækningskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.
B	Kræft i blod og bloddannende organer – med undtagelse af mindre aggressive former	<p>Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv. Dækningen omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut leukæmi, kronisk leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) • Hodgkins lymfom stadie II til IV, non-Hodgkins lymfom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier) • Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk my- 		Kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II, Hodgkins lymfom stadie I samt alle præleukæmiske former og forstadier til leukæmi (herunder myeloproliferative og myelodysplastiske sygdomme).	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit A i dækningskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
		<p>elomonocystisk leukæmi (CMML) type 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingskrævende myelomato- se/solitært myelom • Essentiel trombocytose • Polycytæmia vera • Myelofibrose 			
C	<p>Visse godartede tumorer i hjerne eller rygmarv med aggressivt forløb (behov for operation) og blivende følger</p>	<p>En godartet (benign) svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjerne- stamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der efter operation efter- lader betydelige neurolo- giske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed sva- rende til mindst 15 %, vurderet efter Arbejds- markedets Erhvervs- sikrings tabel.</p> <p>Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor operation ikke kan gen- nemføres af tekniske årsager, hvis de øvrige kriterier om at tumor har medført betydelige neuro- logiske følger og nedsat førlighed svarende til mindst 15 % (Arbejds- markedets Erhvervs- sikrings tabel) er opfyldt.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cyster eller granulo- mer • Hypofyseadenomer • Acusticus neurinomer (schwan- nomer) 	<p>Forsikringen udbetales først, når følger tilstanden vurderes rimeligt stabil, dvs. tidligst 3 mdr. efter diagnosticering eller operation.</p>
D	<p>Større blod- prop i hjertet (akut myo- kardieinfarkt (AMI)) af svær grad</p>	<p>Et akut opstået henfald af en del af hjertets muskel- væv som følge af pludse- ligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.</p>	<p>Diagnosen skal være klar og entydig for akut myo- kardieinfarkt (AMI=blodprop i hjertet) type 1 ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardi- ale biomarkører (fortrinsvis troponin) med mindst én værdi klart diagnostisk forhøjet samt evidens for AMI med mindst to af følgende kriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> Symptomer på myo- kardieiskæmi (pludse- ligt opståede vedva- rende brystmerter) Ekg-forandringer der tydeligt på nyopstået iskæmi (nye ST-T æn- dringer, nyt venstreski- 	<p>AMI opstået i forbindelse med PCI (ballonudvidelse) eller CABG (by-pass ope- ration) dækkes ikke.</p>	<p>Diagnosticering af blod- prop i hjertet (akut myo- kardieinfarkt (AMI)) (D) inden forsikringstiden eller udbetaling pga. denne diagnose i forsik- ringstiden udelukker senere udbetaling pga.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodprop i hjertet (akut myokardiein- farkt (AMI)) (D) • Hjertekaroperation pga. svær årefor- kalkning i kranspuls- årerne (by pass ope- ration (CABG) eller PCI behandling) (E) • Kronisk hjertesvigt med svære sympto- mer og nedsat funk- tionsevne (F) • Livstruende rytme- forstyrrelser med

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<p>digte grenbloke) eller udvikling af patologiske Q-takke på ekg'et</p> <p>c. Billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myoscintigrafi eller MR-scanning) for nyt tab af hjertemuskelvæv/ regional dyskinesi</p> <p>Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge.</p>		<p>indoperation af ICD-enhed (H)</p>
E	Hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (bypass operation (CABG) eller PCI behandling)	<p>En revaskulerende behandling ved kranspulsårreforkalkning i form af:</p> <p>a. Gennemført eller planlagt PCI behandling på én eller flere af hjertets kranspulsårer, som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk, eller</p> <p>b. Gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk bypass operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer</p>			<p>Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.</p> <p>Gennemført hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (bypass operation (CABG) eller PCI behandling) (E) inden forsikringstiden eller udbetaling pga. denne diagnose i forsikringstiden udelukker senere udbetaling pga.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt (AMI)) (D) • Hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (bypass operation (CABG) eller PCI behandling) (E) • Kronisk hjertesvigt med svære symptomer og nedsat funktionsevne (F). • Livstruende rytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed (H)
F	Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne	<p>En tilstand med kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30 % eller derunder, med funktionel begrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation NYHA klasse III eller IV).</p>	<p>Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling.</p>		<p>Dækningen forudsætter at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • påvirkningerne er tilstede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder, eller • der er gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed)
G	Operations-	En planlagt eller gennem-			Ved planlagt operation

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
	krævende hjerteklapfejl	ført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed) med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese samt gennemført homograft eller reparation af klappen med plastik.			skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.
H	Livstruende rytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed (hjerTESTØDER)	En planlagt eller gennemført implantation af implantérbær cardioverter defibrillator (ICD) på grund af tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse.			Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.
I	Svær sygdom i hovedpulsåren (aorta)	En bristning (ruptur) eller lokal udvidelse af aorta (aneurisme) til over 5 cm i diameter, en tillukning af aorta (okklusion) eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen.	Diagnosen aneurisme eller dissektion skal være stillet ved MR-scanning eller aortografi, samt en ultralydsundersøgelse, en ekkokardiografi eller CT-scanning af abdomen.		Benævnelser aorta inkluderer den thorakale og abdominale aorta, men ikke deres grene.
J	Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger	<p>En akut opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som enten skyldes:</p> <p>a. En spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehinderne, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller</p> <p>b. En forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) i hjernen pga. en trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført blivende følger i form af neurologiske udfald svarende til den ved hjernescanning (CT /MR) påviste hjernebeskadigelse.</p> <p>Dækningen kan desuden omfatte en blodprop i</p>	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.	<ul style="list-style-type: none"> • Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/ transitorisk iskæmisk attack (TIA) • Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR) • Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse) 	

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
		hjernen, hvor der ikke er foretaget scanning eller en scanning intet viser, hvis samtlige klassiske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske følger (vurderet tidligst efter 3 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen i form af lammelser, gangbesvær, føle-, syns-, tale-, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelser.			
K	Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation) med behov for operation	En planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar i form af én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inkl. kavernøst angiom), som er blevet påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR scanning. Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der er operationsindikation, men operationen ikke kan gennemføres af tekniske årsager.	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af neurologisk speciallæge.		Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.
L	Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. TBE og Borrelia) medførende svære neurologiske følger.	En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder, forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende neurologiske følger, svarende til en méngrad på 15 % eller mere efter Arbejdsmarkedets Erhvervs sikrings tabel vurderet af en neurologisk speciallæge.	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller infektionsmedicinsk afdeling ud fra: a. påvisning af mikrober i spinalvæsken, eller b. en rygmarsvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose), med forhøjet antal hvide blodlegemer, eventuelt suppleret med MR-/CT - scanning. Ved en neuroboreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra spinalvæskeundersøgelser med boreliaspecifikke antistoffer i		

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<p>serum og spinalvæske (IgG, IgM).</p> <p>Ved Tick- Born- Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af virusantistoffer i serum og spinalvæske.</p>		
M	Creutzfeldt-Jakobs sygdom	En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner.	<p>Diagnosen skal være stillet på relevant sygehus afdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:</p> <p>a. Typiske kliniske symptomer (med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.)</p> <p>b. Forandringer på EEG, CT- og MR-scanning samt</p> <p>c. Laboratorieundersøgelser af spinalvæske, stærkt forhøjet totaltau protein uden ændringer af Alzheimermarkører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase m.v.</p>		
N	Svær blodprop i lunge – behandlet kirurgisk	En gennemført revaskulerende behandling på én eller flere centrale lungearterier pga. lungeemboli, som har medført kronisk pulmonal hypertension og ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk.	Diagnosen skal være stillet på baggrund af typiske symptomer (WHO funktionsklasse III-IV og forandringer lokaliseret tilstrækkeligt centralt i pulmonalkredsløbet på CT-scanning med kontrast, lungeangiografi og evt. ekkokardiografi (med tegn på højresidig trykbelastning)).		
O	Primær Ideopatisk Parkinsons sygdom (paralysis agitans, rystelammelse) med vedvarende symptomer	En kronisk sygdom kendetegnet ved vedvarende øget muskelstivhed (rigiditet), rysten (tremor) og nedsættelse af de spontane bevægelser (oligokinesi).	<p>Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge og dækningen forudsætter tilstedeværelsen af hovedsymptomet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bradykinesi/hypokinesi/akinesi (langsomhed) <p>Samt et af følgende symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigiditet (stivhed i muskulaturen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atypisk Parkinson (Parkinson+) • Sekundær Parkinson 	

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<ul style="list-style-type: none"> • Tremor (rysten) 		
P	Dissemineret sklerose (DS)	<p>En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved</p> <ul style="list-style-type: none"> • to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af nervesystemet, efterfulgt af hel eller delvis remission, eller • Et attack med klart fremadskridende forløb <p>Dækningen kan også omfatte tilfælde hvor der ikke er foretaget MR-scanning eller hvor der ved MR-scanning ikke er fundet klare forandringer i hjernens hvide substans, hvis der har været to eller flere attacker med klare kliniske tegn på dissemineret sklerose kombineret med fund af oligoklonale bånd i CSF (cerebro spinal væske), forlænget latens-tid ved VEP (evoked potentials) eller forhøjet IgG i CSF.</p>	Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge og være bekræftet ved fund af flere typiske forandringer (plaques) i hjernens hvide substans ved MR-scanning.	Tilfælde alene med synsnerveudfald (opticus neurit).	
Q	Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS) eller anden lignende ikke-arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) med vedvarende og fremskridende symptomer	En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjerne, medførende lammelser, muskelsvind og spasticitet.	Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge efter El Escorial kriterierne med lower motor neuron symptomer (LMN) og upper motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner samt progression af symptomerne og abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.	Arvelig MND, herunder SMA (spinal muskulær atrofi).	
R	Myasthenia gravis – med vedvarende symptomer på trods af behandling	En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved kraftnedsættelse og hurtig udtrætning.	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge, og være bekræftet ved mindst to af følgende undersøgelser: <ul style="list-style-type: none"> • EMG der viser defekt neuromuskulær transmission • Acetylcholinreceptor (AChR) antistoffer, anti-MuSK eller anti- 		

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<p>Titin antistoffer i blodet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klart behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling 		
S	Muskelsvind (myopati og neuropati) – med vedvarende fremadskridende symptomer	En veldiagnosticeret anerkendt arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft (fx Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio-scapulohumeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal muskeldystrofi (OPMD) eller Dystrofia Myotonica.	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling.		
T	HIV Infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte	<p>En infektion med HIV som følge af:</p> <p>a. En blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, hvor forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen.</p> <p>b. En arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv efter forsikringstidens begyndelse.</p>			Dækning forudsætter at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger en negativ HIV-test udført inden for den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv HIV-test inden for de næste 12 måneder.
U	AIDS	Et erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med HIV erhvervet efter forsikringstidens begyndelse.	Dækning forudsætter, at det kan dokumenteres, at forsikrede er smittet i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en infektionsmedicinsk afdeling, efter Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.		
V	Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation	En tilstand med dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere og med behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.			Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
W	Større organtransplantation	<p>En planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjertelunge eller hjertelunge-lever-transplantat på grund af organsvigt hos forsikrede.</p> <p>Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation).</p>		<p>Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.</p> <p>Dækningen omfatter ikke knoglemarvstransplantation med stamceller/knoglemarv fra forsikrede selv (autolog knoglemarvstransplantation).</p>	<p>Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.</p> <p>Dækningen for knoglemarvstransplantation forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit B i dækningskemaet.</p>
X	Praktisk blindhed	Et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder eller der er kikkertsyn med synsfeltindskrænkning til under 10 %.	Diagnosen skal være stillet hos øjenlæge.		
Y	Total døvhed	Et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100 dB eller derover på alle frekvenser.	Diagnosen skal være stillet af en ørelæge.		
Z	Større forbrændinger (ambusio)	En brandskade (inkl. forfrysninger og ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 % af forsikredes legemsoverflade.	Diagnosen skal fremgå af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.		
Æ	Terminal sygdom (alle diagnoser, der ikke er omfattet af A-Z i dette dækningskema, hvor levetiden er højst 1 år)	Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom, hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder.	Vurderingen skal foretages af en speciallæge indenfor det relevante speciale. Speciallægen skal arbejde i Danmark, være godkendt af Sundhedsstyrelsen, og må ikke alene være speciallæge i almen medicin. Speciallægen skal underskrive en erklæring, udfærdiget af Topdanmark, og Topdanmarks læge skal godkende udbetalingen. Erklæringen skal suppleres af journalmateriale, der dokumenterer, at sygdommen skønnes terminal. De 12 måneder regnes fra erklæringens udfyldelse.		<p>Den terminale sygdom må ikke være en følge af:</p> <ol style="list-style-type: none"> et ulykkestilfælde (se ordliste) en sygdom, der har medført eller vil medføre udbetaling efter A-Z i dette dækningskema eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf, eller infektioner eller epidemier. <p>Der kan alene ske udbetaling, når alle lægelige anvisninger i relation til den dækningsberettigede sygdom er blevet fulgt.</p>

Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
				<p>Forsikringen ophører den 1. i måneden efter udbetaling på grund af terminal sygdom.</p> <p>For forsikringer etableret før 1. januar 2007, kan der alene ske udbetaling for terminal sygdom, hvis forsikrede forud for udbetalingen accepterer, at forsikringen ophører.</p>

4 Begrænsninger generelt

Stk. 1. Under krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område bortfalder dækningen efter forsikringen. Forsikring og Pension træffer i samråd med myndighederne bestemmelse om, hvorvidt den omtalte tilstand skal anses for indtrådt og i bekræftende fald om det tidspunkt, hvorfra fareforøgelsens indtræden og ophør skal regnes.

Stk. 2. Uden for dansk område dækker forsikringen ikke forsikringsbegivenheder, der er en følge af aktiv deltagelse i krig, oprør eller lignende.

5 Anmeldelse af visse kritiske sygdomme

Stk. 1. Forsikrede skal snarest muligt efter at have fået diagnosticeret en af de i punkt 3 nævnte visse kritiske sygdomme indsende en skriftlig anmeldelse til Topdanmark.

Stk. 2. Dør forsikrede, bortfalder retten til erstatning for den kritiske sygdom, medmindre forsikrede inden sin død skriftligt har anmeldt en dækningsberettiget kritisk sygdom til Topdanmark og på dette tidspunkt opfyldte betingelserne for udbetaling.

Stk. 3. Er forsikringen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling pga. diagnose stillet inden forsikringen ophører være fremsat overfor Topdanmark inden 6 måneder efter forsikringen er ophørt. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for visse kritiske sygdomme, der ikke er anmeldt skriftligt.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 4. For Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma gælder, at det er forsikringstager, der forestår anmeldelse efter stk. 1-3 ovenfor.

6 Udbetaling

Stk. 1. Inden udbetaling kan finde sted, må der forevises fornøden dokumentation for den stillede diagnose.

Stk. 2. Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Topdanmark anser for nødvendige til opgørelse af betalingsforpligtelsen, herunder give tilladelse til, at Topdanmark indhenter lægelige oplysninger. I modsat fald har forsikrede ikke ret til udbetaling.

Stk. 3. Udbetaling af forsikringssummen sker til forsikrede. Udbetaling omfatter den forsikringssum, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret eller i forhold til terminal sygdom (se afsnit Æ i dækningskemaet i punkt 3) det tidspunkt, hvor udbetalingskravene er opfyldt.

Stk. 4. Er forsikringen ved visse kritiske sygdomme etableret i kombination med en dødsfaldsdækning, modregnes udbetaling for visse kritiske sygdomme i dødsfaldsdækningen, hvis den forsikrede dør inden 3 måneder efter diagnosen er stillet, medmindre andet fremgår af aftalen – for Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Firma se dog stk. 9.

Stk. 5. Forsikringssummen for visse kritiske sygdomme kan udbetales flere gange til samme person forudsat, at følgende 2 betingelser er opfyldt:

- a. der er forløbet mindst 6 måneder mellem diagnostidspunkterne (er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-måneders fristen først fra foretaget operation) og
- b. den efterfølgende diagnose ikke falder ind under den eller de diagnoser, der tidligere er sket udbetaling for. Hvis du fx tidligere har fået udbetalingen pga. lungekræft, og du senere får diagnosticeret en anden form for kræft fx brystkræft, kan du ikke få udbetaling.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 6. Oplysningspligten efter stk. 2 gælder for både forsikrede og forsikringstager. Samtykke til at indhente lægelige oplysninger gives af forældremyndighedsindehaver(e), hvis forsikrede er under 18 år.

Stk. 7. Udbetaling efter stk. 3 sker til forsikringstager.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma

Stk. 8. Er forsikringen ved visse kritiske sygdomme etableret i kombination med en dødsfaldsdækning, modregnes udbetaling for visse kritiske sygdomme ikke i dødsfaldsdækningen, medmindre andet fremgår af aftalen eller forsikringsaftalen.

7 Pris og betaling

Stk. 1. Prisen for forsikringen fastsættes for et år ad gangen på grundlag af alders- og køns-sammensætningen, skadesforløbet og udviklingen i ordningen og ved eventuel anvendelse af indestående på præmiereguleringskontoen.

Stk. 2. Forsikringen har forfald den første dag i hver betalingsperiode.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme via samarbejdspartner

Stk. 3. Opkrævning på betaling sendes til den opgivne betalingsadresse. Ændres betalingsadressen, skal Topdanmark straks underrettes.

Stk. 4. Betales første opkrævning ikke efter påkrav, ophører forsikringen og dermed Topdanmarks ansvar med virkning fra ikrafttrædelsesdatoen.

Stk. 5. Betales en senere opkrævning ikke efter påkrav, sender Topdanmark en påmindelse. Påmindelsen indeholder oplysning om, at forsikringen ophører, hvis forsikringen ikke er blevet betalt indenfor den angivne frist. Topdanmark forbeholder sig ret til at opkræve et gebyr, hvis Topdanmark udsender en sådan påmindelse.

Stk. 6. Har forsikringstageren valgt, at præmien skal betales via BetalingsService eller en lignende betalingsordning, og er forsikringen ikke betalt på forfaldsdatoen, gælder de ovenstående regler således, at Topdanmark ved første opkrævning sender et påkrav efter stk. 4 og ved senere opkrævninger sender et påkrav og efterfølgende en påmindelse efter stk. 5.

Stk. 7. Er forsikringen indgået som en gruppeaftale opkræver Topdanmark betaling hos virksomheden, organisationen eller foreningen som forsikringstager. Sker indbetaling ikke inden fristen på opkrævningen, så bortfalder dækningen under forsikringen fra denne dato.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma og Forsikring ved visse kritiske sygdomme Børn – Firma

Stk. 8. Er forsikringen oprettet som led i et ansættelsesforhold sker betaling af forsikringen gennem arbejdsgiverens indbetaling af pensionsbidrag. Såfremt forsikringen er oprettet uden tilknytning til en pensionsaftale, og forestår arbejdsgiveren betaling af forsikringen, opkræver Topdanmark betalingen hos arbejdsgiveren. Virkningen af arbejdsgiverens manglende betaling er, at forsikringen bortfalder.

8 Indbetalingsfritagelse

Stk. 1. Der er ikke indbetalingsfritagelse for dækningerne under denne forsikring, medmindre det følger af aftalen eller forsikringsaftalen.

9 Opsigelse og ændring i forsikringsbetingelser

Stk. 1. Topdanmark kan ændre forsikringsbetingelser for allerede etablerede forsikringer. Er ændringerne til ugunst for forsikringstageren, så skal ændringerne foretages med 1 måneds skriftlig varsel.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – samarbejdspartner

Stk. 2. Er forsikringen oprettet gennem en samarbejdspartner gælder forsikringen for et kalenderår ad gangen og fortsætter for endnu et kalenderår, hvis ikke forsikringstageren eller Topdanmark skriftligt opsig den. Forsikringen ophører dog senest på det tidspunkt, der er angivet i aftalen.

Stk. 3. Er forsikringen oprettet som en privat ordning eller gennem en samarbejdspartner gælder, at forsikringstageren til enhver tid kan opsig forsikringen. Opsigelsen virker fra den 1. i måneden efter, Topdanmark har modtaget opsigelsen.

Stk. 4. Er forsikringsaftalen indgået som en gruppeaftale kan virksomheden, organisationen eller foreningen som forsikringstager opsig aftalen i henhold til den indgåede aftale.

Stk. 5. Er forsikringen oprettet som en privat ordning eller gennem en samarbejdspartner gælder at Topdanmark skriftligt kan opsig forsikringen med mindst 1 måneds varsel til udgangen af et kalenderår medmindre andet varsel er aftalt.

Stk. 6. Er forsikringen oprettet som en privat ordning eller gennem en samarbejdspartner kan forsikringstageren ved skærpelse af forsikringsbetingelserne skriftligt opsig forsikringen til det tidspunkt, hvor ændringen skulle være trådt i kraft.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 7. Da forsikringen er oprettet som led i et ansættelsesforhold for den ansatte, kan den ansatte ikke opsig forsikringen på vegne af barnet, herunder heller ikke ved ændringer, medmindre adgangen hertil fremgår af aftalen, herunder aftalen via arbejdsgiver.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Firma

Stk. 8. Er forsikringen oprettet som led i et ansættelsesforhold, kan den ansatte ikke opsig forsikringen, herunder heller ikke ved ændringer, medmindre adgangen hertil fremgår af aftalen.

10 Ikrafttræden

Stk. 1. Etablering af forsikringen er betinget af, at der afgives tilfredsstillende risikooplysninger, herunder tilfredsstillende oplysninger om helbredsforhold.

Stk. 2. Hvis Topdanmark kan antage forsikringen ud fra de givne oplysninger, træder forsikringen i kraft den 1. i måneden, hvor begæringen er underskrevet, medmindre en senere ikrafttrædelsesdato er aftalt.

Stk. 3. Er forsikringen etableret som en gruppeaftale, indtræder dækningen for det enkelte gruppemedlem på det tidspunkt, der følger af forsikringsaftalen for gruppen.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 4. Børn under denne ordning er dækket fra fødslen. Se definitionen af børn i punkt 20.

11 Ophør

Stk. 1. Forsikringen ophører på den dato, der er angivet i aftalen.

Stk. 2. Derudover ophører forsikringen ved udgangen af den måned, hvor det aftalte udløbstidspunkt opnås eller forsikrede dør.

Stk. 3. Forsikringen ophører ved manglende betaling.

Stk. 4. Udtræder et gruppemedlem af forsikringsaftalen enten ved fratræden fra den virksomhed, der er forsikringstager, eller ved udmeldelse af den forening eller organisation, der er forsikringstager, eller fordi den pågældende ikke længere opfylder betingelserne for at være omfattet af gruppelivsftalen, ophører dækningen den sidste dag i den måned, hvor udtrædelsen sker, medmindre andet er aftalt i gruppelivsftalen.

Stk. 5. Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, den overordnede aftale om Forsikring ved visse kritiske sygdomme mellem virksomheden, foreningen, organisationen eller samarbejdspartneren og Topdanmark ophører.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 6. Forsikringen ophører på den dato, der er angivet i aftalen. Forsikringen ophører endvidere, hvis den ansatte ikke længere er omfattet af den firmaaftale, hvor dækning for visse kritiske sygdomme for børn er etableret.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma og Privat

Stk. 7. Ved forsikringsaftaler oprettet som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem en arbejdsgiver og Topdanmark, ophører aftalen og dermed Topdanmarks ansvar 3 måneder efter det tidspunkt, den ansatte fratræder på.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Samarbejdspartner

Stk. 8. Forsikringen ophører, når medlemskabet eller kundeforholdet hos en samarbejdspartner der har indgået aftale med Topdanmark ophører.

12 Aftalegrundlag

Stk. 1. Forsikringen er etableret, forhøjet, ændret eller sat i kraft på grundlag af de oplysninger, der er afgivet skriftligt i en begæring eller på anden måde, herunder oplysninger om helbred.

Stk. 2. Som dokumentation for aftalen udstedes en aftale, se dog punkt 1, stk. 4. Aftalens indhold fremgår heraf sammenholdt med forsikringsbetingelserne, samt eventuelle underliggende skriftlige aftaler.

Stk. 3. Ønsker forsikringstager at foretage en ændring af sin forsikring i forsikringstiden, fx forhøjelse af dækningssummen eller forlængelse af udløbsalderen, betyder det at forsikringen fortsætter med de forsikringsbetingelser, der gælder på ændringstidspunktet.

13 Urigtige oplysninger

Stk. 1. Er der fortiet oplysninger eller afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens etablering, ændring eller seneste ikraftsættelse, får det de konsekvenser, som følger af reglerne i Forsikringsaftaleloven. Efter den nuværende lov gælder følgende:

- a. Har forsikrede svigagtigt givet urigtige oplysninger, er der ingen forsikringsdækning.
- b. Hvis forsikrede hverken vidste eller burde vide, at hans oplysning er urigtig, er der fuld forsikringsdækning.
- c. Har forsikrede givet urigtige oplysninger, der ikke er omfattet af punkt a eller b, hæfter Topdanmark kun i et omfang svarende til, at de rigtige oplysninger havde foreligget ved etableringen. Dvs. forsikringsdækningen kan bortfalde.

Stk. 2. Er fortielsen eller den urigtige oplysning givet af forsikringstageren, forsikredes arbejdsgiver, en læge eller anden sagkyndig, har det samme virkning, som hvis oplysningen var givet af forsikrede.

14 Rådighedsforhold

Stk.1. Forsikringen kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning, og vil i tilfælde af, at forsikringen ophører, ikke have opnået nogen værdi.

15 Forældelse

Stk. 1. Krav på dækning forældes 3 år efter forsikrede fik eller burde have fået kendskab til sit krav mod selskabet. Forældelse indtræder dog senest 10 år fra forsikringsbegivenhedens indtræden.

16 Tavshedspligt

Stk. 1. Oplysninger om forsikringsforholdet vil blive behandlet fortroligt. Uvedkommende vil således ikke få adgang til disse oplysninger.

17 Lovvalg og tilsyn

Stk. 1. Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang, denne lovgivning ikke er fraveget ved bestemmelser i forsikringsbetingelserne.

Stk. 2. Topdanmark er underlagt tilsyn af Finanstilsynet.

18 Klageadgang

Stk. 1. Hvis forsikrede er uenig eller utilfreds, med den afgørelse Topdanmark har truffet, kan forsikrede skrive til Topdanmark Livsforsikrings juridiske afdeling, der er klageansvarlig i Topdanmark Livsforsikring og få revurderet afgørelsen. Adressen er følgende:

Topdanmark Livsforsikring
Liv Compliance
Borupvang 4
2750 Ballerup

Stk. 2. Ønsker forsikrede fortsat at klage over den afgørelse den klageansvarlige har truffet, kan forsikrede klage til Ankenævnet for Forsikring. Det er ikke en betingelse for at klage til Ankenævnet for Forsikring, at man har henvendt sig til Topdanmarks klageansvarlige, se stk. 1. Adressen for Ankenævnet for Forsikring er følgende:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Telefon 33 15 89 00

Stk. 3. Klager til Ankenævnet skal indsendes på et særligt klageskema, og der skal betales et gebyr. Gebyret betales tilbage, hvis forsikrede helt eller delvist får medhold i klagen, hvis klagen afvises, eller hvis klageren selv tilbagekalder klagen. Er forsikrede ikke tilfreds med ankenævnskendelsen, kan sagen forelægges for de almindelige domstole.

For yderligere information henvises til Ankenævnets hjemmeside www.ankeforsikring.dk.

19 Ordliste

Denne ordliste med definitioner er en del af forsikringsbetingelserne.

Ansættelsesforhold

Ved forsikringsaftaler indgået som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem arbejdsgiveren og Topdanmark, anses den ansatte både som forsikringstager og forsikrede.

Børn – Firma

Ved børn forstås den ansattes biologiske børn og adoptivbørn, samt ægtefælle eller samlevers biologiske børn og adoptivbørn.

Det er en betingelse for dækning af ægtefælles/samlevers biologiske børn og adoptivbørn, at ægtefællen/samleveren og barnet lever sammen med den ansatte på fælles bopæl på diagnosetidspunktet for barnets kritiske sygdom og har gjort det i mindst 6 måneder forud for diagnosetidspunktet.

Dækning af ægtefælles/samlevers børn bortfalder ved samlivsophør, separation eller skilsmisse.

Forsikringstager

Forsikringstageren er den, der har indgået aftalen med Topdanmark. Ved forsikringsaftaler indgået som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem arbejdsgiveren og Topdanmark, anses den ansatte for forsikringstager.

Forsikrede

Forsikrede er den, på hvis liv eller helbred forsikringen er etableret. Ved forsikringsaftaler indgået som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem arbejdsgiveren og Topdanmark, anses den ansatte for forsikrede.

Forsikringsbegivenhed

Den begivenhed der giver ret til udbetaling af dækningen.

Forsikringstiden

Forsikringstiden strækker sig fra forsikringens ikrafttrædelsesdato til udløbsdatoen eller til forsikringens bortfald forinden.

Gruppeaftale

Ved en gruppeaftale forstås en aftale mellem Topdanmark og en virksomhed, en organisation eller en forening (forsikringstager), hvor forsikringen dækker de ansatte, medlemmerne eller andre. De, der er dækket under en sådan gruppeaftale, benævnes gruppemedlemmer.

Firma - Barn

At børnedækningen er oprettet via en firmaaftale betyder, at alle den ansattes børn er dækket, uanset hvor mange børn den ansatte har. Det er ikke nødvendigt, at børnene bliver tilmeldt ordningen.

Ulykkestilfælde

Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig udefrakommende hændelse, der forårsager personskade. Der skal være sammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen lægges blandt andet vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskaden.